

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE

Par EDMOND HENRI GABRIEL POTHERAT

Né à Paris, le 13 juillet 1883.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

DANS

LE CANCER DE L'UTÉRUS

Président : M. PAUL SEGOND, professeur.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL

L. MARETHEUX, Directeur

1, RUE CASSETTE, 1

1910

39

Année 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE

Par EDMOND-HENRI-GABRIEL POTHERAT

Né à Paris, le 13 juillet 1883.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

DANS

LE CANCER DE L'UTÉRUS



Président : M. PAUL SEGOND, professeur.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL

L. MARETHEUX, Directeur

1, RUE CASSETTE, 1

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	Professeurs	M. LANDOUZY.
		MM.
Anatomie		NICOLAS.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale.		R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		ACHARD.
Pathologie médicale		DEJERINE.
Pathologie chirurgicale		WIDAL.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		PIERRE MARIE.
Opérations et appareils		PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		MARFAN.
Médecine légale		CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée		CHAUFFARD.
		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale		GILBERT.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladies des enfants		HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		GILB. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux		N...
		RECLUS.
Clinique chirurgicale		SEGOND.
		QUÉNU.
		PIERRE DELBET.
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN.
		PINARD.
Clinique d'accouchements.		BAR.
		RIBEMONT-
		DESSAIGNES.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN.

Agrévés en exercice :

MM. BALTHAZARD	MM. DESGREZ	MM. LECÈNE	MM. OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LERI	RETERER
BROCA (And.)	GUÉNIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
CARNOT	JOUSSET (A.)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ (Marcel)	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR EDMOND POTHERAT

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CHEF DE SERVICE A L'HOPITAL BROUSSAIS

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MA GRAND'TANTE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE
DANS
LE CANCER DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

L'hystérectomie vaginale est une méthode chirurgicale relativement récente. Dans le grand essor qu'a suscité, en chirurgie, l'avènement de l'antiseptie et de l'aseptie, et qui a vu éclore tant de méthodes ou procédés nouveaux, ou rénover des méthodes et des procédés tombés dans l'oubli, l'hystérectomie totale par voie vaginale a occupé une place remarquable.

Pendant quelques années, elle a été étudiée, pratiquée, vulgarisée, prônée avec enthousiasme ou critiquée non sans violence par les opérateurs s'occupant plus particulièrement de gynécologie opératoire. Elle a suscité de nombreux et importants travaux en France et à l'étranger, en France surtout. Puis peu à peu, comme

il advint d'autres méthodes, on n'en entendit plus guère parler; la tribune de la Société de Chirurgie de Paris en particulier, qui avait si souvent retenti des attaques dirigées contre elle ou des plaidoyers en sa faveur, se fit à son sujet presque silencieuse. On eût pu croire qu'elle était tombée dans le plus complet discrédit.

Il n'en était rien. La méthode avait gardé ses partisans, irréductibles parce que l'expérience leur avait montré ses avantages indiscutables. Pour s'en convaincre, il suffit de relire les comptes rendus du Congrès de l'association française de chirurgie tenu à Paris au mois d'octobre 1909. C'est, en effet, en ces termes que devant ce Congrès s'exprime sur le compte de la méthode en question le docteur Edmond Potherat, chirurgien chef de service des hôpitaux de Paris :

« Voici bientôt vingt ans que j'ai appris de la main même de mon très aimé maître, Monsieur le professeur Paul Segond, — un compétent en la matière, n'est-ce pas? — à pratiquer l'hystérectomie vaginale totale, soit dans les suppurations pelviennes, soit pour fibromes utérins, soit contre le cancer de l'utérus et d'autres affections, telles que certains prolapsus.

« Depuis lors, je suis resté fidèle à cette méthode; si fidèle que, depuis mes débuts, j'ai pratiqué plus de cinq cents hystérectomies vaginales.

« Si j'ai ainsi persévéré dans la pratique de l'hystérectomie vaginale, ce n'est pas, si grande qu'elle soit, par gratitude pour le Maître qui avait été mon initiateur, mais bien parce que j'ai reconnu, chaque jour de

plus en plus, les précieux avantages de la méthode vaginale. »

Et cette opinion rencontra l'approbation de nombreux membres du Congrès.

Il semblerait donc, dans ces conditions, que le procès est suffisamment instruit, la cause amplement entendue, et, pour tout dire, indiscutablement gagnée à l'hystérectomie vaginale.

Et pourtant, si l'on prête l'oreille à ce qui se dit dans les milieux chirurgicaux, si l'on observe ce qui se passe dans beaucoup de services hospitaliers, à Paris en particulier, on est frappé de ce fait que la très grande majorité des chirurgiens ne pratiquent pas ou pratiquent très rarement l'hystérectomie vaginale, et que beaucoup, d'ailleurs, peu ou pas familiarisés avec cette précieuse méthode, ne lui ménagent point cependant leurs critiques, acerbes parfois, injustifiées le plus souvent. Méthode aveugle, agissant au fond d'un conduit obscur, exposant aux plus graves blessures des uretères, de la vessie, du rectum, de l'intestin, aux hémorragies, etc. J'en passe et non des moindres.

Si les choses allaient ainsi, opérer dans de pareilles conditions, exposer des malades à de semblables accidents, ce serait non seulement se montrer insouciant de l'avenir des opérées, mais ce serait presque criminel.

Heureusement, il n'en est rien; ceux qui parlent ainsi, s'ils sont sans parti pris, font avant tout un procès de tendance. Ils n'ont pas su ou voulu expérimenter suffisamment la méthode; ils la connaissent impar-

faitement, et l'évidence des faits n'a pu leur ouvrir les yeux.

Nous avons vu plus haut comment s'exprimait à son sujet le D^r E. Potherat, après les Péan, les Segond, dont nous pourrions rappeler les travaux et les résultats si démonstratifs.

Mais, en chirurgie, il ne suffit pas d'avoir une opinion préconçue ; il faut se déterminer uniquement sur des choses vues, vécues, sur des faits. Il faut utiliser l'expérience des autres, sans aucun doute, mais il faut soi-même se faire une expérience personnelle par une pratique persévérante et raisonnée. *Fabricando fit Faber*, dit avec juste raison l'adage latin bien connu. Et c'est ici le lieu de rappeler les paroles d'un hystérectomiste de la première heure, à la longue et profitable expérience.

« S'il est permis, dit M. le professeur agrégé Richelot, à ce même Congrès des chirurgiens français de 1909, à un peintre de ne faire que du paysage, à un autre de se cantonner dans un autre genre, il n'est pas permis à un chirurgien d'ignorer tout un chapitre de son art, l'une des grandes voies qui conduisent aux lésions pelviennes », et utérines, ajouterons-nous.

Une méthode opératoire qui a donné des résultats comme ceux qu'a fournis l'hystérectomie vaginale, une méthode sur le compte de laquelle s'expriment de la manière que nous venons d'indiquer des chirurgiens de la valeur de ceux que nous avons cités plus haut, ne saurait, en France, pays de la clarté, du bon sens, et de

la saine raison, tomber dans le discrédit et moins encore dans l'oubli. D'ailleurs, cette méthode, qui semble perdre du terrain en France, en gagne chaque jour davantage à l'étranger, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte au cours d'un voyage hors de nos frontières.

Dans ces conditions, ne serait-il pas à craindre, qu'un jour, nous revînt de l'étranger, parée de tous les atours d'une nouveauté thérapeutique, une méthode chirurgicale due tout entière au génie de nos compatriotes?

Pendant plusieurs années, sous la direction de notre vénéré maître, M. le professeur Segond, et de notre cher père, le D^r E. Potherat, nous avons vu pratiquer un très grand nombre d'hystérectomies vaginales. Nous avons vu les malades avant l'intervention, nous avons, à une place très modeste assurément, mais au premier plan, participé à l'acte opératoire dans beaucoup de cas, nous avons suivi nombre d'opérées après l'opération, et la méthode employée nous a paru si rationnelle, si efficace, si bénigne dans ses résultats qu'il nous paraît difficile qu'elle ne rallie pas tous ceux qui voudront bien la voir, la pratiquer, l'expérimenter.

Et c'est pour apporter, après tant d'autres et plus compétents et plus qualifiés, une toute petite contribution à l'étude de l'hystérectomie totale par voie vaginale, qu'appuyé sur les leçons de nos maîtres, et sur ce que nous avons vu, nous avons entrepris d'écrire ce travail, trop modeste assurément, trop insuffisant. Mais nous espérons qu'on voudra bien nous tenir compte

de la bonne intention et se montrer indulgent sur la valeur de notre effort.

Toutefois le sujet serait bien trop vaste si nous envisagions l'hystérectomie vaginale dans toutes ses applications. Aussi, avons-nous résolu de nous borner à l'étudier seulement dans son emploi pour la cure chirurgicale du cancer de l'utérus. Ainsi limité, le sujet comporterait encore de bien grands développements que n'autorise pas le cadre de notre travail. Nous nous bornerons donc à examiner la valeur de la méthode et ses résultats en nous basant sur les cas que nous avons personnellement observés en ces quelques dernières années.

Mais avant d'entreprendre ce modeste travail, nous songeons à un devoir qu'il nous est bien doux de remplir, celui d'exprimer notre reconnaissance à nos maîtres.

Nous ne ferons que mentionner notre premier maître, celui qui fut notre maître et notre guide de chaque jour, dont les leçons et les exemples nous furent prodigués aussi abondamment que la tendre et paternelle affection. Vivant de sa vie, nous ne pourrions mieux lui témoigner notre attachement et notre gratitude qu'en lui donnant des preuves toujours plus grandes de notre amour filial et qu'en accomplissant aussi consciencieusement que lui-même les devoirs de la profession, noble entre toutes, dans laquelle nous allons entrer.

Nous avons eu l'honneur d'être le bénévole et l'externe de M. le Dr Oettinger, à l'hôpital Broussais, et c'est pour nous un plaisir de trouver maintenant une occasion de le remercier des tableaux cliniques qu'il nous a si souvent tracés, et de ses leçons si instructives et si intéressantes relatives aux maladies du tube digestif et spécialement de l'estomac et de l'intestin.

M. le professeur Gilbert, pendant notre stage et notre externat chez lui, nous a fait bénéficier de son enseignement si clair, si riche et si suivi; il nous a initié à l'étude si compliquée et si fouillée par lui des affections du foie, et à leur traitement. Il nous a témoigné toute sa bienveillante sympathie en nous permettant de l'accompagner à l'Hôtel-Dieu, au moment où il été appelé à monter dans la chaire de clinique médicale de la Faculté. Certes, le temps passé près de ce maître fut trop court, et c'est avec un grand regret que nous nous sommes vu obligé de quitter trop tôt son service. Heureusement, nous pourrons longtemps encore suivre son enseignement si brillant et si profitable. Qu'il veuille bien accepter nos remerciements.

Nous ne pûmes aussi, que très peu de temps, bénéficier des leçons cliniques de M. le professeur Delbet, à l'hôpital Laënnec. Nous avons appris depuis longtemps qu'il possédait les plus brillantes qualités d'opérateur et de clinicien, nous avons été à même d'en apprécier les mérites incontestés.

Trop courts aussi furent nos séjours auprès de

MM. les professeurs agrégés Auvray, Duval et Carnot et du D^r Guibé, chirurgien des hôpitaux. Ils nous ont beaucoup aidé de leurs conseils éclairés et de leurs bienveillants encouragements. Nous les en remercions vivement.

Nous n'aurions garde d'oublier aussi nos maîtres de l'Ecole pratique, MM. Alglave, Schwartz, Descomps et Desmarets, qui nous ont enseigné l'anatomie et la médecine opératoire, ceux encore qui nous ont guidé dans nos premiers pas au lit du malade, et qui nous ont puissamment aidé de leur expérience et de leurs leçons dans nos concours, MM. Herscher, Babonneix, Gy, chefs de clinique à la Faculté, Rivet, Brin, internes des hôpitaux.

Nous terminerons, enfin, cette revue reconnaissante de nos maîtres dans les hôpitaux par M. le professeur Paul Segond, qui a bien voulu nous donner une place enviée dans son service de clinique chirurgicale, et qui a daigné accepter encore de présider notre thèse.

Permettez-moi, cher et vénéré maître, de vous redire, à l'occasion de ce travail trop indigne, hélas ! de votre brillant et fécond enseignement, toute la gratitude qui déborde de mon cœur. Quels nombreux et puissants motifs n'ai-je pas de vous exprimer ma reconnaissance ! Vous avez été pour le père que je chéris le meilleur et le plus dévoué des maîtres, et, dès l'âge de raison, j'avais appris au foyer familial à vous admirer et à vous aimer. Les bontés dont vous avez comblé le

père, vous les avez prodiguées au fils, vous avez ainsi augmenté dans toute la mesure possible et mon affection respectueuse et ma reconnaissance profonde. Je garderai fidèlement toute ma vie le souvenir de votre indulgente et bienveillante sollicitude, et je perpétuerai ainsi, dans toute l'étendue de mes moyens, avec la mienne, la gratitude de ceux qui me sont chers.

Notre travail sera divisé de la manière suivante : après un très court historique, nous examinerons les soins préliminaires à l'opération ; nous exposerons la technique de celle-ci, puis les soins post-opératoires. Nous étudierons ensuite les indications et contre-indications, nous exposerons les résultats et les avantages de la méthode, et nous tirerons facilement les conclusions.

HISTORIQUE

Nous nous garderons bien de reprendre l'historique complet de l'hystérectomie vaginale, en général, ni même de l'hystérectomie appliquée au seul cancer de l'utérus. Nous rappellerons quelques noms seulement et quelques dates pour bien marquer une fois de plus que la méthode que nous étudions est née en France, qu'elle y a pris tout son essor et que si quelques perfectionnements y ont été apportés par l'étranger ces perfectionnements sont d'importance tout à fait secondaire et n'ont en rien modifié la méthode elle-même.

Certes « la science n'a pas de patrie » ; et il est du devoir étroit de tous de reconnaître le mérite sous toutes les latitudes, et de faire en sorte que les malades confiés à nos soins bénéficient de tous les progrès d'où qu'ils viennent. Mais si la science n'a pas de patrie, les savants en ont une et quand ces savants sont nôtres il nous est bien permis de nous en réjouir et de les honorer dans leurs travaux. A ce titre, l'hystérectomie vaginale est capable de donner toute satisfaction à notre attachement patriotique.

Personne, ni en France, ni à l'étranger, ne conteste que le mérite d'avoir imaginé de toutes pièces et réalisé *in anima vili* l'hystérectomie par voie vaginale ne revienne à Récamier. Dès 1829, il a décrit le procédé opératoire, imaginé les instruments les plus propres à le mener à bien, posé enfin les indications et contre-indications de l'opération; en un mot, notre illustre compatriote a bien et dûment créé une méthode thérapeutique. Et cette méthode nouvelle s'appliquait à la cure du cancer de l'utérus. Il n'était point alors question d'enlever l'utérus et les annexes par voie vaginale pour guérir des lésions annexielles inflammatoires; celles-ci n'étaient pas suffisamment spécifiées.

Malheureusement, à cette époque lointaine, les résultats chirurgicaux n'allaient pas de pair avec l'habileté opératoire; les succès étaient l'exception; la mort, la règle; aussi, malgré la faveur avec laquelle Roux, Gendrin et Delpech accueillirent la méthode de Récamier, celle-ci tomba dans le discrédit, sinon l'oubli, fort peu de temps après son apparition. Pendant plus d'un demi-siècle, il n'est plus question de l'hystérectomie vaginale en France.

Cependant, à l'étranger, on n'avait pas totalement oublié la méthode due à Récamier; dès 1878, en Allemagne, en Italie, en Suisse, en Angleterre, on la pratique non sans succès, et peu s'en fallut qu'à l'exemple de tant d'autres l'opération de Récamier, oubliée dans le pays qui lui avait donné naissance, ne nous revint, dûment baptisée à nouveau et pourvue d'un nom exotique.

Mais il était écrit, sans doute, que l'hystérectomie

vaginale resterait une méthode française et trouverait en son pays d'origine l'éclat qu'allait lui apporter avec l'habileté opératoire le puissant secours de l'antiseptie et de l'aseptie.

Dès 1882, en effet, Péan commençait la série de ses opérations, appliquant systématiquement la méthode de Récamier à la cure du cancer de l'utérus. Desmons de Bordeaux, Dudon, Tillaux, Trélat, Terrier, et surtout Richelot, s'engagent résolument dans la même voie. A partir de 1883 les opérations se multiplient, les succès deviennent de plus en plus nombreux, et l'attention du monde chirurgical était vivement attirée de ce côté quand le même Péan, le rénovateur de la méthode de Récamier dans la cure radicale du cancer utérin, eut l'idée d'appliquer la méthode au traitement des suppurations pelviennes (12 décembre 1887). Rapidement, l'intérêt se porte tout entier vers les suppurations pelviennes, et, sous la vive et féconde impulsion de Segond, l'hystérectomie vaginale appliquée aux suppurations des annexes de l'utérus fait un peu oublier l'hystérectomie vaginale opposée au cancer utérin.

Cet oubli n'est d'ailleurs que relatif, car la méthode est définitivement ou paraît définitivement établie grâce aux travaux des auteurs français, au premier rang desquels il faut, en ce qui concerne le cancer, placer M. Richelot.

Par ce trop court résumé historique, il est aisé de voir que la conception, la mise au jour, l'exécution, la vulgarisation de l'hystérectomie vaginale dans le cancer appartiennent incontestablement aux chirurgiens français. La part contributive de l'étranger réside

uniquement dans quelques modifications de détail, plus ou moins avantageuses, mais qui n'altèrent en rien le plan général de la méthode. La section médiane verticale de l'utérus préconisée par Müller, par exemple, ne modifie pas plus l'ensemble de la méthode de Récamier que la substitution aux ligatures, imaginées par celui-ci, des pinces à ligament large employées par Péan, Segond et Richelot.

C'est donc l'opération de Récamier que nous allons décrire maintenant, même en tenant compte des modifications ci-dessus indiquées, mais l'opération de Récamier rénovée par Péan.

SOINS PRÉLIMINAIRES

Toute opération chirurgicale nécessite pour être pratiquée dans les meilleures conditions possibles un certain nombre de précautions préalables à l'acte opératoire lui-même. Moins que toute autre la méthode de l'hystérectomie vaginale échappe en elle-même à cette obligation ; et si cela est vrai d'une manière générale, cela est d'une évidence indiscutable en ce qui concerne l'application de la méthode au traitement du cancer de l'utérus.

Celui-ci, en effet, est un cancer du corps, ou un cancer du col. Laissons pour le moment, de côté, les conditions spéciales dans lesquelles l'opération pourra être utilement pratiquée ; nous y reviendrons avec plus de profit au chapitre des *indications* et *contre-indications*.

S'il s'agit d'un cancer du col ou du corps, le vagin sera traversé par des écoulements plus ou moins abondants, aqueux, hématiques, ichoreux, sanieux, souvent mal odorants, toujours très septiques. Il serait donc de la dernière imprudence d'opérer dans un milieu souillé de pareille manière. De plus, dans le cas de cancer du

col, le vagin pourra être plus ou moins obstrué par des végétations épithéliomateuses absolument gênantes par leur seul volume même, mais aussi par leur friabilité, leur hémorragie facile, etc. Il convient donc de prendre des précautions préalables destinées à obvier à ces divers inconvénients ou à les pallier.

Il faudra multiplier les injections aseptiques ou antiseptiques, pour nettoyer et déterger le vagin. L'eau bouillie seule, l'eau stérilisée additionnée d'alcool, de permanganate de potasse, de sublimé, d'oxycyanure ou de biiodure de mercure, l'eau oxygénée, trouveront ici leurs indications. Deux, trois, quatre injections abondantes seront chaque jour pratiquées; elle seront suffisantes, si on les continue régulièrement pendant quelques jours pour réaliser une relative aseptic locale permettant l'intervention, pourvu toutefois que le vagin ne soit pas encombré de végétations cervicales. Il faut se garder toutefois d'employer des liquides irritants; il ne faudra pas non plus frotter trop énergiquement le vagin; l'irritation produite, les excoriations provoquées seraient plutôt nuisibles qu'utiles. Il faut bien savoir d'ailleurs que si théoriquement il est impossible de réaliser une parfaite aseptic, pratiquement on obtient une aseptic qui met à l'abri d'accidents ultérieurs.

Dans le cas où les végétations sont abondantes il est indiqué de les faire disparaître avant l'intervention proprement dite.

Mais à quel moment convient-il de faire cette ablation des végétations du col? — Le raisonnement conduirait à préconiser l'ablation des végétations quelques jours au moins avant l'intervention elle-même.

On aurait ainsi devant soi un plus long temps pour pratiquer la désinfection du conduit vaginal et cette désinfection serait d'autant plus efficace que la suppression des végétations extra ou intracervicales aurait elle-même fait cesser ou diminué beaucoup les écoulements. Et c'est ainsi que procèdent, en effet, quelques chirurgiens.

Nous avons été personnellement initié à une tout autre pratique qui consiste à n'enlever les fongosités du col, ou du canal et de la cavité utérine, qu'au moment même de l'intervention. Nous avons vu procéder ainsi à la Salpêtrière et à Broussais. Cette pratique doit être la meilleure pour plusieurs raisons.

Sans faire intervenir, avec les Allemands et en particulier le professeur Schauta, de Vienne, qui pratiquent aussi l'ablation des végétations au dernier moment, le risque, par une opération préalable, d'ouvrir des voies multiples à la dissémination périphérique des cellules ou des éléments cancéreux, inconvénient non démontré expérimentalement, mais en principe parfaitement acceptable, sans, disons-nous, tenir compte de cet inconvénient non négligeable, l'intervention préparatoire faite plus ou moins longtemps avant l'acte principal a d'autres désavantages.

Une bonne ablation des végétations épithéliomateuses ne peut se faire sans recourir à la curette tranchante enlevant tout ce qui se laisse facilement curetter, puis à la cautérisation au fer rouge. Or ce sont là manœuvres qu'il est bien difficile, sinon impossible, de mener à bien autrement que sous l'anesthésie générale, et personnellement nous conseillons fermement, à

l'exemple de nos maîtres, d'endormir les malades. Il faudra donc que celles-ci subissent deux fois l'anesthésie générale, et deux fois l'intervention chirurgicale. Combien peu se résigneront à cette double opération dont il est d'ailleurs, par humanité, difficile sinon impossible, de justifier l'opportunité.

Nous concluons qu'il vaut mieux n'endormir la patiente qu'une fois, et, quand l'anesthésie générale aura été réalisée, nous ferons d'abord l'ablation par curettage de tous les tissus envahis par le cancer, suivie d'une rapide cautérisation au fer rouge qui tarira tout écoulement sanguin, et par la température élevée d'une part, par la carbonisation d'autre part, favorisera singulièrement l'aseptie du champ opératoire.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur quelques autres précautions préalables qui sont d'un ordre plus général que spécial. C'est ainsi que le périnée et la région pubienne auront été soigneusement rasés, et savonnés au moins la veille de l'opération, que l'intestin aura été complètement vidé par un purgatif efficace l'avant-veille, et un lavement évacuateur la veille, et le matin de l'opération, mais quelques heures avant celle-ci.

Enfin la vessie devra être débarrassée totalement de son contenu par un cathétérisme aseptique au moment même de l'intervention.

TECHNIQUE ET MANUEL OPÉRATOIRE

La malade, ayant subi les différents préparatifs exposés dans le chapitre précédent, est prête pour l'opération.

Elle est alors placée sur une table *ah hoc*, en position opératoire. Péan plaçait ses malades latéralement. Cette position, assez incommode en général, n'avait d'autre avantage que de bien exposer la région vagino-périnéale, d'y faire tomber le maximum de jour et surtout de permettre à l'assistance de suivre les différents temps de l'opération.

Il n'y a pas d'avantage vraiment prépondérant à conserver cette position de Péan; pour la malade, pour l'opérateur, pour ses aides, la position gynécologique habituelle est préférable. C'est celle qu'ont adoptée les opérateurs actuels; le siège doit déborder un peu la table, être quelque peu surélevé, et l'ensemble du sujet assez élevé pour que l'opérateur, assis entre les cuisses fortement réclinées et fixées par des montants à la table, en flexion et abduction, plonge aisément son rayon visuel sur le champ opératoire exposé à la pleine

lumière et sans apporter lui-même une ombre gênante à l'arrivée de cette lumière.

Indépendamment de l'anesthésiste, deux aides assistent l'opérateur et sont placés l'un à droite, l'autre à gauche du bassin de la malade, face à ce bassin, ou face à l'opérateur suivant les besoins.

La malade ayant été cathétérisée et nettoyée une dernière fois, le champ opératoire protégé par des compresses stérilisées, laissant libre l'accès au vagin, deux valves larges et courtes sont placées l'une dans le cul-de-sac antérieur, l'autre dans le cul-de-sac postérieur, et maintenues par un des aides.

C'est à ce moment que, s'il y a nécessité, il conviendra de faire l'abrasion des végétations extérieures ou intérieures et la cautérisation ignée.

Celles-ci effectuées, l'opérateur apprécie la direction et la profondeur de l'utérus à l'aide de l'hystéromètre prudemment introduit dans la cavité.

Cela fait, l'opération proprement dite commence. Une pince de Museux spéciale, dite pince à abaissement de l'utérus, est appliquée sur la lèvre antérieure, très près de son bord libre, afin d'être le plus loin possible de la vessie; une autre pince à abaissement est placée sur la lèvre inférieure qu'elle peut sans inconvénient plus largement embrasser, sans risquer de blesser le rectum.

L'opérateur, à l'aide de ces deux pinces qu'il enserre à la fois dans sa main gauche, attire l'utérus vers la vulve; dans les cas les plus favorables où l'organe est très mobile, le canal vaginal large, la vulve évasée, le col vient facilement jusqu'au dehors. La main droite,

armée du bistouri, va à la périphérie de ce col sectionner la muqueuse pour commencer la libération de l'organe.

Le *tracé* de l'incision varie un peu avec les opérateurs. Notre maître M. le professeur Segond fait tout autour du col, près du museau de tanche, une incision circulaire; puis sur les bords latéraux de l'organe, il fait sur cette circulaire tomber deux incisions verticales qui vont ainsi dessiner deux lambeaux symétriques en U, l'un antérieur, l'autre postérieur, ces deux U ayant leurs branches verticales communes.

Le Dr E. Potherat, que nous avons la longue habitude d'assister, procède un peu différemment. Il fait une incision en raquette, en deux temps. Dans un premier temps il décrit un U qui part du cul-de-sac latéral droit, descend verticalement sur le bord utérin gauche, passe transversalement en s'arrondissant sur la lèvre antérieure, puis remonte vers le cul-de-sac latéral gauche en suivant le bord latéral. Il décolle alors le lambeau antérieur ainsi dessiné séparant la vessie de l'utérus jusqu'au niveau où se fait la réflexion du péritoine vésico-utérin. A ce moment, mais à ce moment seulement, il sectionne la muqueuse de la face postérieure du col, en réunissant transversalement ou par un tracé légèrement curviligne les deux branches verticales du lambeau antérieur. Il n'a par cette manière de faire presque pas de lambeau postérieur, et se trouve de suite au niveau du fond du cul-de-sac de Douglas. Cette petite modification nous semble rendre plus facile et plus rapide la libération de l'utérus. En outre le cul-de-sac postérieur ne se trouve ouvert qu'à

la dernière minute, au moment même où l'ouverture du cul-de-sac antérieur va transformer en intraabdominale une opération jusque là extrapéritonéale.

La libération du lambeau antérieur est, semble-t-il, le temps important, difficile, essentiel de la libération utérine; c'est celui qui préoccupe le plus les opérateurs peu exercés; c'est à ce moment qu'au dire des détracteurs de la méthode, on ouvre la vessie, on coupe les uretères, etc.

La vérité est tout autre; ce qu'il faut, c'est pénétrer dans le plan de clivage constitué par le mince plan cellulaire qui unit vessie et utérus sur une hauteur de quelques centimètres, et sur lequel insistait Jobert de Lamballe. Si l'on chemine en avant de ce plan de clivage, on s'expose à blesser la vessie; si l'on se porte en arrière de lui, on pénètre dans le tissu utérin, et il devient très difficile d'avancer. Est-il donc si difficile de trouver le bon chemin? Nullement. Armez votre main droite de ciseaux forts à bouts arrondis, et pendant que votre main gauche attire et abaisse l'utérus à l'aide des pinces de Museux, la main droite, appliquant la pointe des ciseaux presque perpendiculairement au tissu utérin, sectionne à petits coups les tissus. C'est merveille alors de voir l'utérus se dégager et la vessie s'éloigner presque d'elle-même par en haut. Tout au plus est-il nécessaire, avec le pouce ou l'index, d'aider à ce refoulement de la vessie, en repoussant vers elle les tissus préutérins.

Dans nombre de cas cette intervention du doigt est inutile; toutefois, elle est avantageuse vers les bords de l'organe en ce qu'elle favorise l'éloignement par en

haut des uretères que dans le plus grand nombre des cas on ne voit même pas.

On arrive ainsi jusqu'à l'insertion du fond du cul-de-sac vésico-utérin. Pendant qu'on abaisse l'utérus, ce cul-de-sac montre sa réflexion sur la face antérieure de l'utérus ; un petit coup de ciseaux y fait une boutonnière ; deux coups en travers l'ouvrent largement, le corps de l'utérus et le fond apparaissent, le doigt peut les explorer, passer par-dessus, et jusque derrière l'organe, se mettant en contact avec un doigt introduit dans le cul-de-sac postérieur, ouvert lui aussi à l'aide des ciseaux ou simplement par refoulement à l'aide d'un doigt. Cette exploration en avant et surtout en arrière permet d'apprécier la forme, le volume de l'organe, de détruire des adhérences filiformes, de commencer la libération des annexes en les abordant par le côté où ceux-ci sont toujours le plus facilement accessibles.

Voici donc le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac postérieur ouverts. Deux petites compresses, montées solidement sur des pinces porte-éponges et présentées par le second aide, sont introduites par ces culs-de-sac dans le bassin pour refouler les viscères intestinaux. Durant tout ce travail de libération, d'ailleurs rapide, l'écoulement de sang a été nul ou négligeable, aucune ligature n'est nécessaire ; point n'est besoin de placer de pinces à forcipressure.

Voici donc l'organe libéré de ses insertions vaginales, il ne tient plus que par sa continuité avec les ligaments larges.

Comment va-t-on l'en séparer ? Récamier enserrait

ces ligaments dans un fil solide et les liait, puis coupait entre l'utérus et la ligature. Cette manière de faire a été remplacée par l'application de pinces placées à demeure pendant plusieurs heures ou plusieurs jours et destinées à assurer l'hémostase, par Péan d'abord, par M. Richelot, par M. Segond ensuite. Nous verrons plus loin l'avantage qu'offre l'hémostase à l'aide des pinces. Disons cependant, de suite, qu'aujourd'hui encore, de bons opérateurs font la ligature ; toutefois, ils substituent à la ligature en masse la ligature en chaîne, plus solide, et partant plus sûre.

Personnellement, nous sommes partisan de l'hémostase à l'aide de pinces et nous emploierions de préférence les pinces de M. Segond à mors courts et forts.

Mais comment allons-nous placer les pinces ? Faut-il les mettre de haut en bas, après avoir fait basculer l'utérus en avant le plus habituellement, en arrière le plus rarement ? Des discussions longues et parfois vives ont surgi à la Société de chirurgie de Paris sur cette question. A notre point de vue, celle-ci ne méritait pas qu'on lui accordât cette importance. Péan procédait par étages ; il mettait une pince de chaque côté en bas sur le pédicule utérin, puis sectionnait ce pédicule ; il attirait l'organe que cette section libère beaucoup, mettait de chaque côté une autre pince sur la partie sus-jacente du ligament large, puis coupait entre elle et l'utérus. Nouvel abaissement de l'organe, nouvelle application d'une ou plusieurs pinces successives de bas en haut sur les ligaments jusqu'à ce que ceux-ci soient complètement sectionnés et l'utérus totalement libéré et énucléé.

Bien souvent nous avons vu M. le professeur Segond procéder encore ainsi. Cette manière de faire est anatomiquement la plus raisonnable, la plus régulière.

Toutefois, on peut procéder autrement ; on fait basculer l'utérus de haut en bas, d'arrière en avant, on amène ainsi devant les yeux le fond de l'utérus, et les annexes, trompes et ovaires, qu'un doigt va libérer et rejeter sur la corne utérine. Une pince à ligament large est alors introduite, de haut en bas, mors ouverts, sur le ligament large, et va l'enserrer fortement, au delà des annexes refoulés ; on sectionne entre la pince et l'utérus, puis on applique une deuxième pince de haut en bas sur la partie sous-jacente du ligament large, on sectionne entre elle et l'utérus ; enfin une troisième, une quatrième pince au besoin par prises et sections successives arrive à la séparation totale de l'utérus et de l'un de ses ligaments larges. La même manœuvre, pratiquée de haut en bas sur l'autre ligament, va permettre la libération totale de l'organe qui s'en ira avec ses annexes fixées à ses cornes utérines.

C'est, en somme, en sens inverse, la répétition de ce qui s'est passé tout à l'heure de bas en haut. C'est ainsi que procède habituellement le Dr E. Potherat.

Il est enfin un *modus faciendi* mixte qui consiste à pincer d'abord et de bas en haut le pédicule utérin, à le sectionner de l'un et l'autre côté ; puis, profitant de la grande mobilité que cette section donne à l'utérus, on fait basculer celui-ci de haut en bas d'arrière en avant, on amène avec lui ses annexes, et on sectionne le reste

du ligament large, c'est-à-dire le pédicule de l'artère utéro-ovarienne, de haut en bas.

C'est ainsi que procède ordinairement notre maître M. le professeur Segond.

Nous pensons que la manière de pincer ou de lier les ligaments larges n'a pas grande importance et qu'il ne faut pas s'astreindre à n'employer qu'un seul et même procédé, mais agir suivant les circonstances et au mieux des facilités opératoires.

Nous avons dit qu'il convenait de faire basculer l'utérus en avant. En effet celui-ci expose les ligaments larges par les bords supérieurs et donne un accès direct sur les annexes et leurs lésions. Cette bascule a donc de réels avantages ; mais il faut qu'elle puisse s'opérer. Pour cela il faut que l'utérus ne soit ni trop gros, ni trop long. Péan ne recourait pas à cette manœuvre ; si l'organe était trop gros il le diminuait par le morcellement progressif ; Müller imagina de sectionner l'organe sur sa face antérieure verticalement ; une pince à abaissement placée de proche en proche et de bas en haut sur l'une et l'autre lèvre de la section utérine amène peu à peu le fond et fait très aisément basculer l'organe.

Très avantageux dans l'hystérectomie pour fibromes utérins, le morcellement et le sectionnement de Müller sont contre-indiqués dans le cas de cancer de l'utérus. Les ciseaux qui sectionneront l'utérus verticalement vont couper dans le tissu malade, et il est à craindre qu'on ne favorise ainsi l'essaimage des cellules cancéreuses sur les surfaces cruentées. Aussi vaut-il mieux, autant que cela est possible, faire l'ablation de l'utérus en entier.

Dans le cas où son volume rendrait cette manœuvre trop difficile, on ferait le morcellement ou plutôt la section de Müller, mais en protégeant le mieux possible les surfaces avivées à l'aide de compresses, de valves, etc., et en éloignant de suite de son arsenal les ciseaux ayant servi à cette section verticale.

Nous pensons, et à l'occasion nous serions disposé à recourir à ce procédé, qu'on pourrait faire cette section verticale avec le couteau du thermocautère. Ce serait sans doute un peu moins rapide, mais en même temps plus sûr.

Le temps principal de l'opération proprement dite est réalisé, l'utérus et ses annexes sont enlevés en totalité ; latéralement deux ou plusieurs pinces de Segond enserrent fortement les ligaments larges. Le vagin est maintenu béant par les deux valves de l'aide, les pinces porte-éponge chargées de compresses pénètrent dans le bassin, où elles refoulent les anses intestinales. Que reste-t-il à faire ?

Tout d'abord, faire une soigneuse revision des tranches vaginales et des pédicules utéro-ovariens afin de bien s'assurer que rien d'important ne saigne. Nous disons rien d'important car les petits vaisseaux saignant en nappe sont négligeables, et il n'est point nécessaire à l'exemple de Péan de placer une couronne de petites pinces hémostatiques sur la tranche vaginale. Pourtant, si quelque vaisseau donnait, naturellement il vaudrait mieux placer dessus une pince hémostatique. Cette circonstance est bien exceptionnelle car nous ne l'avons pas observée plus de deux fois dans tous nos cas.

Nous en arrivons maintenant au *pansement*. C'est un temps qui a son importance. Si à lui seul il n'assure pas le succès de l'opération, il n'est pas indifférent qu'il soit fait avec grand soin.

Il comporte l'introduction de *mèches stérilisées* que par leur situation en place on peut appeler : *mèches centrales* et *mèches périphériques*.

Les *mèches centrales* sont des *mèches* longues et étroites, qu'avec une pince porte-éponge on va placer au centre du vagin, entre les deux pédicules de pinces, dans l'ouverture vagino-péritonéale. On doit les pousser à quelques centimètres dans le pelvis. Leur rôle est de refouler la masse épiploo-intestinale et de s'interposer entre l'extrémité des pinces et l'intestin pour protéger celui-ci. Une seule *mèche centrale*, quelquefois trois *mèches*, le plus souvent deux, suffisent à assurer ce double rôle, et aussi un rôle accessoire mais utile qui consistera dans le *drainage* de la cavité pelvienne. Toutefois ce drainage est plus sûrement et mieux assuré par les pinces elles-mêmes. C'est encore un des motifs qui dans la très grande majorité des cas nous font préférer l'hémostase par pinces à l'hémostase par ligatures. Un nœud pratiqué à l'extrémité périphérique des *mèches centrales*, extrémité qui déborde la vulve et pend au dehors, fera reconnaître ces *mèches*.

Quelques opérateurs se bornent à ce pansement simple. Nous croyons qu'il est mieux, à l'exemple du Dr E. Potherat, de faire un pansement plus complet.

Celui-ci comporte d'abord l'application de *mèches périphériques*. Ces *mèches stérilisées* peuvent être plus

larges que les lanières centrales ; on les place au fond des culs-de-sac vaginaux en avant, en arrière, latéralement. Sans bourrer le vagin jusqu'à le distendre, ce qui comprimerait la vessie en avant, le rectum en arrière, on les met cependant suffisamment abondantes pour que les pinces qu'elles isolent des parois vaginales ne peuvent contusionner celles-ci, ce qui pourrait occasionner des douleurs et même des escarres consécutives. Ces mèches débordent aussi la vulve par leur extrémité périphérique, elles se distingueront des mèches centrales par l'absence de nœud à leur extrémité.

Il est bien entendu qu'une sonde aura été, dès le début du pansement, introduite dans la vessie et y demeurera. On emploiera une sonde, molle en caoutchouc. Toutefois, à la sonde de Nélation, susceptible de sortir spontanément de la vessie, il convient de substituer la sonde de Malécot, ou la sonde de de Pezzér qui ont l'avantage de rester en place grâce à l'élargissement en pavillon de leur extrémité intravésicale.

Il ne reste plus qu'à envelopper les pinces de compresses stérilisées et d'ouate aseptique pour que le pansement soit à la fois complet et fermé. Mais il est une précaution que nous avons vu toujours prendre soit à notre maître le professeur Segond, soit à notre père, c'est de réunir les pinces en un faisceau que l'on unit fortement en enserrant les branches près des anneaux dans un lien solide, une lanière de tarlatane le plus souvent, qui fait plusieurs fois le tour du faisceau en le serrant de plus en plus fortement. Cette manière de faire, plus simple que la ligature de chaque

pince que nous avons vu quelquefois pratiquer, a l'avantage non seulement d'unir les pincés en un seul faisceau, ce qui met mieux chacune d'elle à l'abri des heurts, mais encore et surtout d'empêcher que l'une d'elles ne vienne à se desserrer inopportunément.

Ce faisceau de pincés, surtout si l'on a dû mettre 6 à 8 pincés, ne laisse pas que de représenter un poids dont l'action s'exerçant de haut en bas détermine sur les ligaments larges sectionnés une traction qui peut être la source de vives douleurs. On évite cet inconvénient en passant à la malade un bandage en T dont les branches périnéales, en s'entrecroisant sous le faisceau pour venir se rattacher à la ceinture, vont relever ce faisceau et le soutenir. L'expérience nous a montré dans nombre de circonstances l'efficacité de ce petit moyen.

Le pansement est désormais totalement achevé et la malade peut être reportée dans son lit, avec toutes les précautions nécessaires pour ne pas heurter péniblement ses pincés.

Dans le lit, elle doit être placée de manière aussi que les pincés ne butent en aucun point. Pour cela le siège est fortement relevé par un coussin à la fois doux et résistant, et un petit coussin d'ouate vient faire entre les cuisses un petit oreiller sur lequel va reposer le faisceau des pincés. La sonde, fermée à son extrémité libre, et non comprise dans le pansement, pend au dehors. On devra l'ouvrir dès que la malade manifestera le besoin d'uriner, et en tout cas toutes les quatre heures, au moins. Enfin, dernière précaution, les membres inférieurs, unis ensemble par une serviette

qui les enserre au-dessus des genoux, reposent sur un coussin en rouleau, qui, en déterminant une demi-flexion de la cuisse et de la jambe, relâche un peu les parois abdominales.

Ici, nous ouvrirons une courte parenthèse au sujet de l'application de glace sur le bas-ventre. Péan n'y manquait jamais et insistait beaucoup sur la valeur de cette précaution. Au début de sa pratique, notre maître M. le professeur Segond agissait de même. Depuis nombre d'années, il a renoncé à cette pratique, dont nous n'avons jamais vu notre père faire usage autrement qu'à titre tout à fait exceptionnel. L'application de glace ne peut avoir quelque avantage que dans le cas où la malade ressentirait de vives douleurs avec un peu de réaction péritonéale. A vrai dire, les *douleurs post-opératoires*, dont les détracteurs de la méthode, surtout, ont fait un tableau trop complaisamment horridique, sont bien loin d'avoir l'importance qu'on leur a attribuée. Lorsque l'on a eu soin de ne mettre que le nombre de pinces strictement nécessaire, et surtout quand on a pris la précaution de bien soutenir le faisceau des pinces, on n'observe, une heure ou deux au plus après l'opération, aucune douleur, ou peu de douleur, chez le plus grand nombre des opérées. Exceptionnellement, quelques malades à la sensibilité plus aiguisée, ou chez lesquelles l'opération a été plus importante en raison de complications annexielles ou péri-annexielles, accusent des douleurs assez vives, mais qu'on calme aisément par l'injection hypodermique de un demi à 1 centigramme de morphine en solution au centième.

L'opérée reste à la diète hydrique avec l'adjonction de grogs, de champagne, suivant les cas, pendant quarante-huit heures, ou trois jours au plus. En dehors de la surveillance de sa sonde pour assurer l'évacuation de ses urines, nul soin particulier ne lui sera donné. Tout au plus conviendra-t-il, si elle se sent un peu gênée par les gaz, de lui mettre à demeure une sonde rectale. L'administration de sérum artificiel et d'huile camphrée ne fait pas partie des soins post-opératoires réguliers; elle ne s'adresse qu'au traitement de complications indépendantes de l'opération elle-même : perte abondante de sang, faiblesse générale, etc.

Quand convient-il d'enlever les pinces hémostatiques? A ce point de vue, il n'y a pas consensus unanime chez tous les opérateurs. Les uns ont conseillé de n'enlever les pinces que le troisième jour, estimant ce temps nécessaire à une bonne hémostase; de ce nombre est ou a été M. le professeur Pozzi. D'autres déclarent, au contraire, que vingt-quatre heures suffisent amplement et s'empressent, au bout de ce temps, d'enlever les pinces dont la malade a hâte d'être débarrassée. Nous avons toujours vu M. le professeur Segond et notre père enlever les pinces au bout de quarante-huit heures. Il nous semble que c'est la bonne manière. Sans doute, on a pu enlever les pinces au bout de vingt-quatre heures sans que survint une hémorragie, mais la sécurité n'est pas parfaite. Elle est absolue au bout de deux jours, surtout si l'on a soin d'employer non les pinces languettes souples de M. Richelot, mais les pinces courtes et fortes de M. Segond,

qui font l'hémostase non seulement par pression, mais par véritable angiotrypsie. Partant, point n'est besoin de dépasser le délai de deux jours, car, si la grande majorité des opérées supportent bien les pinces, il n'en est pas moins vrai que toutes se trouvent très soulagées après leur enlèvement; elles ne sont plus condamnées à garder une position en somme inconmode. Il convient donc de ne pas retarder leur mieux-être au delà du temps strictement nécessaire à leur sécurité.

Cette ablation des pinces, le faisceau ayant été libéré du lien qui l'enserme, a besoin d'être faite avec quelque précaution. Il faut en enlevant la pince ne pas emporter avec elle les tissus qu'elle enserre : pour cela, il faut d'abord, sans tirer sur elle, *in situ*, l'ouvrir très largement au niveau des anneaux, car l'ouverture très large au niveau de la crémaillère, ne correspond en raison de la longueur des branches qu'à une ouverture relativement minime des mors.

La pince étant ouverte largement, l'opérateur l'attire à lui par de petits mouvements de va-et-vient, doucement. Puis, l'ayant enlevée, il passe à une seconde et successivement à toutes les autres *sans se hâter*, et sans rien brusquer.

Après quoi, on peut enlever les mèches intravaginales, celles que nous avons appelées périphériques et dont le rôle était surtout de protéger les parois du vagin. Mais on laissera les mèches centrales facilement reconnaissables au nœud dont on a eu soin de les munir.

Combien de temps convient-il de laisser en place ces mèches centrales? Ici encore, comme en bien des

points de détail des soins post-opératoires, la manière de faire varie quelque peu suivant l'opérateur. Toutefois, on a généralement renoncé à la pratique qui consistait à les enlever au bout de quarante-huit heures ou trois jours au moment même de l'ablation des pinces.

En effet, les pinces, nous l'avons dit déjà, sont le meilleur agent de drainage : les mèches centrales ne sont qu'un agent de moindre valeur, qui, les pinces enlevées, pourra cependant assurer une évacuation péritonéo-vaginale suffisante. Supprimer simultanément les deux modes de drainage, c'est créer des conditions moins favorables au succès. Donc, il vaut mieux laisser les mèches centrales en place : mais combien de jours les laissera-t-on ? Douze à quinze jours disent quelques rares opérateurs. C'est, à notre avis, quoique en sens contraire, un excès de même nature que la manière précocce. Sans doute une mèche aseptique peut rester engagée par le vagin dans le petit bassin pendant ce temps et même beaucoup plus longtemps jusqu'à trente et quarante jours (nous en avons eu des exemples) sans provoquer d'accidents sérieux, mais elle a l'inconvénient d'entretenir d'abondantes sécrétions et d'être pour le moins inutile. Aussi pensons-nous que la bonne pratique consiste à enlever les mèches centrales au bout de quatre à six jours au plus tard. A cette date, en effet, les escarres produites par la forcipressure et l'angiotrypsie commencent à s'éliminer et il y a avantage à faire de fréquents et abondants lavages détersifs et aseptiques.

Ces injections peuvent être commencées quelques

heures seulement après l'ablation des mèches ; mais elles doivent être faites *doucement*, sous faible pression, en n'enfonçant pas la canule au delà du constricteur de la vulve, et ayant soin de favoriser le retour du liquide. Au reste, dès le lendemain de l'ablation des mèches, il y a déjà entre les lèvres de l'incision vagino-péritonéale une coalescence suffisante pour s'opposer à la pénétration du liquide de l'injection dans le ventre, si celle-ci n'est pas particulièrement violente. A partir de ce moment, l'administration régulière d'injections vaginales aseptiques constituera tout le traitement post-opératoire.

Dès l'ablation des pinces, on donnera un lavement évacuateur, qu'on renouveliera au besoin quelques heures plus tard. Dès que la malade se sera exonérée quelque peu, on pourra commencer de l'alimenter de lait, bouillon, potages légers, œufs, etc. L'ablation de la sonde intravésicale coïncidera avec l'ablation des mèches centrales. Toutefois, elle peut, sans inconvénient, être laissée en place une huitaine de jours ; maintenue plus longuement, elle peut s'incruster de sels calcaires et être mal supportée.

Notons ici encore un détail qui a son importance. Il peut se faire, dans quelques cas, au moment de l'ablation des mèches centrales, qu'une de ces mèches, quelque peu adhérente à l'épiploon ou même à l'intestin, l'entraîne avec elle, avant de s'en détacher jusque dans le vagin. Le plus souvent, dès qu'il aura été libéré, l'intestin ou l'épiploon remontera spontanément dans le pelvis ; mais il se pourrait qu'il restât pincé entre les lèvres de la plaie et fût plus ou moins étranglé.

Rien de plus simple que parer préventivement à ce petit accident. Les mèches enlevées, le chirurgien introduit doucement dans le vagin un spéculum stérilisé jusqu'au voisinage du fond du conduit; il ouvre alors prudemment et légèrement les valves. Voit-il l'intestin ou l'épiploon prolabé, il s'arme d'une pince porte-éponge munie d'un petit tampon d'ouaté stérilisé et humide mais exprimée, et à l'aide de ce petit tampon il refoule aisément l'organe, qui ne demande qu'à remonter dans le ventre.

La question du lever de la malade, bien qu'il ait fait l'objet de discussions multiples et abondantes en ces dernières années, particulièrement à l'avant-dernier Congrès de l'association française de chirurgie, ne nous retiendra pas longtemps. On a pu impunément faire lever des opérées au bout de dix jours, huit jours et même moins; des malades indociles ont, du reste, quelquefois d'elles-mêmes et sans inconvénient, donné cet exemple. Gillette n'a-t-il pas raconté devant la Société de chirurgie en 1885 qu'une de ses opérées s'était levée dès la première nuit qui suivit son opération pour panser ses urines dans la ruelle de son lit; ce qui ne l'empêcha pas de guérir. Nous estimons toutefois que ce sont là des excentricités imprudentes, et qu'un chirurgien soucieux de la santé de ses malades, se souvenant qu'il faut parfois quinze à dix-huit jours pour l'élimination des escarres des ligaments larges, n'autorisera pas, en règle générale, ses malades à se lever avant ce laps de temps écoulé.

CRITIQUE DE LA MÉTHODE

OBJECTIONS. AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

Nous venons de montrer jusqu'en ses moindres détails comment se réalise l'application de l'opération de Récamier, rénovée par Péan et Segond. Nous avons indiqué les soins anté et post-opératoires qui nous semblent les plus propres à préparer les voies à l'opérateur, et à favoriser le succès après l'opération.

Notre description aura pu paraître un peu longue ; nous nous en excusons en invoquant cette raison que les moindres détails ont ici leur importance. Il faut bien reconnaître d'ailleurs que si la description de l'opération est longue, son exécution, aux mains d'opérateurs exercés et habiles comme ceux que nous avons vus à l'œuvre, est aussi rapide que précise.

Cette opération réglée dans tous ses temps, comme un exercice d'amphithéâtre, peut être exécutée en huit à dix minutes, quinze minutes au plus. Si nous nous reportons à l'examen de nos cas personnels, ce temps n'a été dépassé que dans quelques opérations particu-

lièrement difficiles, et encore n'a-t-il pas fallu plus de vingt-cinq minutes dans le cas le plus long pour achever l'opération. Il est vraiment difficile de demander mieux, et nous ne sachions pas qu'aucun autre procédé d'ablation de l'utérus et des annexes puisse arriver à la réaliser en un temps aussi court.

C'est là un premier avantage, et non des moindres, de l'hystérectomie vaginale.

Il y en a un autre sur lequel M. le Professeur Segond a tant de fois insisté qu'il serait presque excessif d'y revenir. C'est l'absence de cicatrice sur la paroi abdominale. On a voulu plaisanter sur cette remarque en y voyant rien d'autre que l'amour d'un bel esthétique. Là n'est pas l'avantage réel de l'absence de cicatrice abdominale; il réside au contraire dans l'absence d'élimination de fils, l'absence de fistules plus ou moins durables, l'absence enfin d'éventration large ou restreinte, avec tous ses inconvénients et ses dangers possibles dont aucun laparotomiste ne peut se vanter d'être à l'abri pour l'avenir de ses opérées.

Une malade hystérectomisée par voie vaginale, et guérie, est aussi rapprochée qu'il est possible de l'imaginer du retour *ad integrum*. Un examen superficiel de sa personne ne révèle rien d'anormal; il faut un examen intime vaginal pour noter, comme seul stigmate de l'opération subie une tache blanche cicatricielle linéaire, transverse ou légèrement étoilée, refoulée au fond du canal vaginal, sans même qu'on puisse remarquer quelque éversion de celui-ci, contrairement à ce qu'on pourrait croire.

Rapidité considérable d'exécution, atteinte aussi

minime que possible, presque nulle, portée aux forces de soutien et de résistance des parois abdominales, grande sécurité résultant du drainage facile, déclive, bien placé, par voie vaginale que réalisent les pinces et les mèches : tels sont les avantages essentiels de l'hystérectomie vaginale. Nous verrons plus loin, par l'analyse succincte des résultats que nous avons pu observer nous-même, que son innocuité est presque absolue ou que tout au moins la mortalité en est extrêmement minime et réduite à peu près à une inéluctable nécessité.

Et pourtant les objections affluent dans la bouche des détracteurs de l'hystérectomie par voie vaginale.

C'est, disent-ils, une opération aveugle. Comment s'écrient-ils, l'opérateur pourrait-il voir ce qu'il fait au fond de ce conduit étroit, se terminant par un cul-de-sac.

Cette objection est purement théorique; vue à distance, elle paraît des plus logiques, examinée à la lumière des faits, elle est radicalement erronée. Quiconque a vu, de ses yeux vu, une hystérectomie vaginale exécutée, comme il convient, peut hautement affirmer que l'opération se fait en pleine lumière, qu'aucun acte de cette intervention n'est aveugle, que tous les temps, sont vus aussi clairement et nettement que les temps d'un amputation de la jambe ou de la cuisse.

Qu'on veuille bien se rappeler seulement un instant que sous la traction des pinces, sous la désinsertion vaginale, l'utérus vient au dehors de la vulve, qu'il n'y a par conséquent plus de canal vaginal, et par conséquent l'objection, même considérée à un point de vue théorique, tombera d'elle-même.

L'opération, dit-on encore, expose à la lésion d'organes importants, essentiels, rectum, vessie, uretères, voire même l'intestin.

Comment blesserait-on le rectum, séparé qu'il est de l'utérus par le vaste cavum rétro-utérin? Il faudrait volontairement se porter loin de l'utérus, il faudrait presque vouloir s'exposer à cet accident pour le réaliser. Sauf le cas exceptionnel dans les cancers de l'utérus où il peut adhérer pathologiquement, et où pour l'éviter on doit suivre le tissu utérin de tout près, ce qui est d'ailleurs la bonne méthode en tout cas, sauf, disons-nous des circonstances exceptionnelles, le rectum se protège de lui-même par son éloignement.

Plus vulnérable assurément est la vessie, surtout quand il s'agit de l'hystérectomie vaginale appliquée au cancer. Sans doute, il se pourra que le cancer ayant dépassé les limites de l'utérus dans une proportion qu'on n'avait ni diagnostiquée, ni prévue avant l'opération, la vessie elle-même soit envahie. Son tissu n'offre plus de résistance; il est d'une friabilité grande, il pourra se déchirer aisément sous le doigt, et celui-ci ouvrira plus ou moins largement le réservoir urinaire. Le coupable alors n'est ni l'opérateur ni la méthode, le même accident pourra se produire non moins facilement avec une opération faite par voie abdominale; l'étendue de la lésion seule est en cause, et si elle pouvait être diagnostiquée, elle ferait rejeter toute exérèse totale.

Mais, en dehors de ces conditions toutes spéciales, la vessie ne sera pas ouverte si l'on veut bien exécuter l'opération suivant les règles que nous avons exposées au manuel opératoire. Il n'y a qu'un bon plan de cli-

vage, nous dirons même il n'y a qu'un plan de clivage, c'est celui du tissu cellulaire inter-utéro-vésical de Jobert. Ne pas passer par ce plan, c'est errer à l'aventure; suivre ce plan, c'est mener à bien l'opération sans risque pour la vessie, et nous ajouterons, sans risque pour les uretères, si l'on a soin de bien décoller, dans ce plan de clivage, non-seulement la face antérieure de l'utérus, mais aussi ses bords latéraux.

Et ce n'est pas là une pétition de principes, un argument de logomachie; les faits sont là qui démontrent la vérité de ce que nous affirmons. Dans toutes nos observations, il n'y a ni lésion vésicale, ni lésion urétrique, pas plus qu'il n'y a de lésion du rectum.

Il n'y a pas davantage de lésions de l'intestin. Celui-ci, s'il n'est pas adhérent à l'utérus ou aux annexes, échappe par sa propre mobilité à toute atteinte. S'il adhère, l'opérateur qui *voit* ses adhérences, les libérera par le vagin comme il les libérerait par le ventre, et pourra ainsi, sans dommage pour lui, séparer le tractus intestinal de l'organe à enlever.

L'hystérectomie vaginale, dit-on encore, expose aux hémorragies les plus graves; hémorragies au cours de l'opération, hémorragies à l'ablation des pincés, hémorragies tardives enfin.

Pour un opérateur exercé et attentif, il ne peut y avoir d'hémorragie véritable au cours de l'opération. L'opérateur *voit*, nous tenons à le redire, les ligaments larges, *voit* les vaisseaux, et si l'un d'eux venait à échapper à sa pince, il en appliquerait de suite une autre et tout serait dit. Nous pouvons, appuyé sur les faits déjà nombreux que nous avons personnellement

observés dans les deux grands services de chirurgie où nous avons largement puisé, dire qu'avec de bonnes pinces et une technique régulière on n'a pas d'hémorragie au cours de l'opération ou immédiatement après. Mais nous sommes ici, non en face de lésions annexielles, avec ligaments larges solides, plus résistants même parfois qu'à l'état normal, mais en présence d'une dégénérescence épithéliale du tissu utérin, dégénérescence qui peut avoir retenti sur les fibres lisses des ligaments larges et les avoir rendues plus friables. L'opérateur devra ne pas oublier ces faits que l'anatomie pathologique lui a enseignés; il tiendra donc compte de cette friabilité possible, et il apportera un peu plus d'attention à l'application des pinces, et ainsi il n'aura pas à redouter d'hémorragie pendant l'acte opératoire ou immédiatement après.

Il en sera de même à l'ablation des pinces : si celles-ci ont un bon fonctionnement, si elles sont solides, si on a pris les précautions nécessaires pour éviter leur ouverture intempestive, on n'aura au moment de leur ablation aucune hémorragie digne de ce nom.

Mais si, par impossible, une pince n'avait pas ou avait imparfaitement rempli son office, et si une hémorragie réelle se produisait au moment de l'ablation des pinces, il serait facile d'empêcher que cet incident ne dégénérât en accident grave. Il suffirait de mettre la malade dans la position gynécologique et, les mèches étant enlevées, d'ouvrir le vagin à l'aide de deux valves antérieure et postérieure tenues par un aide. On nettoierait le vagin du sang et des caillots qu'il pourrait contenir, on assécherait avec des tampons et on ver-

rait nettement le point qui saigne ou le vaisseau d'où jaillit le sang. Saisir ce point ou ce vaisseau avec une pince, s'assurer de l'efficacité de la prise, remettre des mèches et laisser cette pince pendant vingt-quatre heures en place, cela suffirait à mettre fin à l'hémorragie, et l'accident se réduirait à un incident aux suites les plus simples.

Quant à l'hémorragie tardive, elle est très rare, mais elle n'est pas impossible; elle a été observée. Elle se produit à la chute d'une escarre importante; on l'a observée au bout de dix, douze, quinze et même dix-sept jours. Le plus souvent minime, négligeable, elle est très rarement assez importante pour qu'on s'en occupe, et plus rarement inquiétante. Quelle qu'elle soit, elle est toujours facile à arrêter. Le vagin est solidement fermé au moment où elle se produit, il peut servir de point d'appui résistant à un tamponnement. Nettoyez le vagin, mettez un spéculum, et sur le point qui saigne placez un tampon, une mèche de gaze, que vous refoulerez par un tamponnement vaginal, et toute hémorragie, si importante qu'elle soit, cessera de suite.

Donc, de quelque manière qu'on l'envisage, l'hémorragie dans l'hystérectomie vaginale est évitable ou facile à combattre et, par suite, elle n'est pas un argument valable contre cette opération.

L'opération d'hystérectomie par voie abdominale ne met d'ailleurs pas plus que la voie vaginale à l'abri d'une hémorragie, et si celle-ci se produit dans l'opération par voie haute, elle sera toujours plus grave, parce que, d'une part, elle pourra plus longtemps passer inaperçue et parce que, d'autre part, nécessitant

une nouvelle laparotomie, elle obligera à une nouvelle anesthésie générale, demandera un temps bien plus long pour arriver aux sources de l'hémorragie.

Reste une dernière objection faite à l'hystérectomie vaginale par ses détracteurs. Celle-ci mérite plus d'attention, car elle est basée sur des lésions anatomiques indiscutables dans nombre de cas.

Par le vagin, disent-ils, vous pouvez enlever l'utérus, tout l'utérus, voire même une partie des parois vaginales, et les annexes, mais vous ne pouvez étendre votre action plus loin. Or, vous le savez, le néoplasme peut s'étendre plus loin que ces limites ; alors même que le péritoine et les ligaments larges eux-mêmes vous paraissent indemnes, les ganglions pelviens sont ou peuvent être envahis.

S'ils sont indemnes, tout va bien ; mais s'il sont envahis, comme vous les laissez, vous n'avez fait qu'une opération incomplète, insuffisante, par suite regrettable puisque inutile.

La valeur de cette objection est plus spécieuse que réelle.

D'abord les ganglions avoisinant le cancer ne sont pas atteints d'une façon constante. Ehrenpreis (*Thèse de Paris*, 1910) nous a montré que les altérations ganglionnaires dans la sphère d'un néoplasme, même manifestes, ne sont pas forcément cancéreuses. Elles consisteraient essentiellement, souvent en phénomènes inflammatoires : hyperémie des vaisseaux, hypertrophie et prolifération des éléments lymphatiques et de de l'endothélium des tissus, sans trace d'infiltration néoplasique.

Déjà Soupault et Marcel Labbé, en 1900, avaient montré que la cancérisation des ganglions lymphatiques n'est ni aussi fréquente ni aussi précoce que semblent le croire ceux qui s'appuient exclusivement sur l'anatomie macroscopique.

Toutefois, si nous pouvons admettre avec Ehrenpreis que dans 50 p. 100 de cancers opérables de l'utérus les ganglions correspondants sont indemnes de toute lésion ou frappés seulement d'inflammation banale, il n'en resterait pas moins que 50 p. 100 de ces mêmes ganglions sont atteints de dégénérescence cancéreuse. Il en résulterait donc que dans la moitié des cas notre méthode serait en défaut et que l'objection ci-dessus faite aurait toute sa valeur puisque nous ne toucherions pas à ces ganglions malades.

Mais si l'on veut bien davantage approfondir les faits, on constate que lorsqu'il y a dégénérescence cancéreuse des ganglions, ce ne sont pas seulement les ganglions pelviens qui sont atteints, ce sont aussi les ganglions iliaques, lombaires, périaortiques.

A la rigueur on conçoit qu'une dissection minutieuse permette d'enlever les ganglions du bassin : l'opération a été réalisée, elle n'a été ni simple, ni bénigne, et dans les cas même où elle a été menée à bien elle n'a pas empêché des récives locales rapidement propagées à la vessie, au rectum, au pelvis. Mais qui songerait à étendre cette intervention à toute la chaîne abdomino-pelvienne, c'est-à-dire à presque toute la paroi postérieure de l'abdomen?

Donc la voie haute n'ajoute rien à la valeur curative de l'hystérectomie totale, et le fait de laisser les gan-

glions qui peuvent être atteints par la propagation néoplasique n'est pas un argument qui vaille contre la voie vaginale, si avantageuse à tant d'autres points de vue. D'ailleurs, c'est le lieu de faire remarquer avec notre maître le professeur Segond, que quelle que soit la voie suivie, ce n'est pas dans les ganglions qu'apparaît et se développe la récurrence et que se fait l'extension du mal, mais dans le parametrium et dans les organes les plus voisins de l'utérus, rectum et vessie.

Nous ne pousserons pas plus loin cette discussion critique, et nous ne passerons pas en revue les procédés d'hystérectomie vaginale élargie de Chaput, de colpohystérectomie de Schuchardt-Schauta ou de Pierre Duval. Aussi bien nous sortirions du cadre de notre sujet, notre but étant surtout de répondre à ceux qui ont voulu faire le procès de la voie vaginale en lui attribuant des inconvénients qu'elle n'a pas et en lui contestant des avantages qui sont pourtant indéniables, parce qu'ils reposent sur l'expérience et les faits.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

L'hystérectomie totale par voie vaginale est une opération qui offre des avantages multiples et de premier ordre. « C'est une opération merveilleuse », s'écriait encore l'année dernière, au Congrès de Budapest, l'homme qui l'a le plus pratiquée en France à l'heure actuelle, M. le professeur Segond. Mais il ajoutait ce correctif essentiel : « quand on en connaît bien la technique et les indications ».

Toute opération, tout procédé opératoire ne valent qu'autant qu'ils ont été exécutés dans toutes les règles qui caractérisent la bonne technique. Que d'opérations, préconisées par des auteurs qui en tiraient de grands succès, ont périclité en des mains mal exercées et ont disparu, écrasées par leurs résultats. Or, l'hystérectomie vaginale, autant que toute opération et plus que beaucoup d'autres, a besoin d'un long apprentissage. On ne l'a pas de suite dans la main, comme une laparotomie, par exemple. « Il y a entre les deux méthodes, dit volontiers le Dr E. Potherat, la différence qu'il y a entre la lithotritie et la taille vésicale. La lithotritie est

plus simple, elle guérit rapidement la malade, sans effusion de sang, sans fistule urinaire, mais ce n'est pas d'emblée qu'on peut sans danger promener un lithotriteur dans une vessie, tandis qu'on peut presque d'emblée ouvrir convenablement celle-ci par une incision sus-pubienne. » Peut-être est-ce dans cette nécessité d'exercices préalables, de longue préparation inacceptable pour notre époque qui brûle les étapes, qu'il faudrait rechercher le peu d'empressement des chirurgiens actuels à pratiquer une méthode opératoire qui offre de si incontestables avantages que l'hystérectomie vaginale.

Mais il ne suffit point d'être en possession d'une bonne technique, il faut encore l'appliquer à propos, c'est-à-dire il faut obéir aux *indications* et tenir compte des *contre-indications*. L'hystérectomie vaginale dans le cancer du corps ou du col de l'utérus est indiquée chaque fois qu'elle est *réalisable* ; elle est contre-indiquée si elle est *irréalisable*. Il suffit donc d'envisager les conditions dans lesquelles elle est réalisable.

En face d'un cancer du corps de l'utérus, l'hystérectomiste doit désarmer chaque fois qu'il a constaté que rectum ou vessie adhèrent à l'organe, chaque fois que, soit par des troubles fonctionnels, soit par des constatations physiques, il a acquis la certitude que ces deux réservoirs sont envahis par propagation.

Opérer dans ces conditions, ce serait s'exposer de gaieté de cœur à ouvrir la vessie et le rectum ou l'un d'eux et à transformer le vagin en un cloaque ; ce serait, en outre, faire une opération incomplète, ce qui est tout l'opposé du but à poursuivre.

On devra encore renoncer à l'hystérectomie vaginale quand, même avec une vessie et un rectum intacts, on constate que les ligaments larges sont épaissis, indurés, et que l'utérus n'a plus de mobilité ou possède une mobilité très limitée. On s'exposerait alors, en opérant, à voir les ligaments larges trop friables se déchirer sous les pinces ou au moment où l'on tenterait l'abaissement de l'utérus. Il se produirait alors des hémorragies qu'il serait très difficile, sinon impossible d'arrêter, et la vie du sujet serait immédiatement en question. En tout état de cause, on ne pourrait enlever en entier les ligaments larges ; on ferait donc encore une opération insuffisante ; donc inutile sinon nuisible.

Vis-à-vis du cancer du col, l'hystérectomie vaginale sera d'autant plus indiquée que l'utérus sera plus mobile et la lésion plus limitée à l'orifice utérin ou à ses parties circonvoisines les plus immédiates. Toutefois, elle sera encore possible et indiquée alors que le col serait envahi dans toute l'étendue du museau de tanche.

Ce seront là les conditions les plus favorables. Dès que le cancer aura atteint les limites du vagin et de la portion intravaginale du col, l'hystérectomie deviendra discutable. Sans doute elle pourra encore être efficacement réalisée, au prix même de l'ablation circonférentielle d'une partie des parois du vagin, mais les chances de survie seront très réduites ; la récurrence dans ces cas étant non seulement fatale, mais presque toujours très rapide. Aussi beaucoup d'opérateurs et non des moins judicieux rejettent-ils l'hystérectomie vaginale en pareil cas et lui préfèrent-ils les divers procédés d'intervention palliative.

Les limites ci-dessus indiquées étant dépassées, le vagin nettement envahi, ou les lèvres du col détruites jusqu'à leur continuité avec l'isthme, il est contre-indiqué de pratiquer l'hystérectomie vaginale, dont, au reste, l'exécution complète, et sans accident, resterait au moins problématique.

RÉSULTATS

Nous n'avons pas l'intention ici de donner une vaste statistique basée sur toutes les hystérectomies vaginales pratiquées en France et à l'étranger. Ces statistiques empruntées à des opérateurs très différents, englobant les cas les plus disparatés, n'offrent qu'un médiocre intérêt, et prêtent en tout cas aisément le flanc à toutes les interprétations.

Il nous paraît plus aisé et plus probant de juger une méthode chirurgicale d'après les résultats obtenus par un seul et même chirurgien, et pour peu, ce qui sera le cas ici, que ces résultats concordent avec ce que l'auteur a observé auprès d'autres chirurgiens, les conclusions sont certainement de plus de poids.

Le chirurgien unique auquel nous faisons ici allusion, c'est le D^r Potherat; les malades qui ont servi de base à notre travail sont toutes empruntées à sa pratique de ces quatre dernières années; nous avons vu les malades avant l'intervention, nous avons personnellement par-

licipé à toutes les interventions, enfin nous avons pu suivre plus ou moins longtemps après l'intervention les survivantes. Nous avons par ailleurs vu pendant un an notre maître M. le professeur Segond dans sa pratique si active et si féconde; nous avons pu comparer nos résultats aux siens, et juger ainsi de la valeur de la méthode.

Au point de vue des résultats, il faut distinguer deux ordres de résultats : ceux de l'opération en elle-même vis-à-vis des risques qu'elle fait courir à l'opérée, ceux de l'opération vis-à-vis de la guérison de la maladie contre laquelle elle est dirigée.

Nous avons observé, dans les conditions que nous indiquons ci-dessus, cinquante-trois malades atteintes de cancer du corps ou du col de l'utérus et opérées par hystérectomie vaginale. Ces malades ont été opérées soit à l'hôpital privé de Bon-Secours, soit à l'hôpital Broussais, soit dans la clientèle de ville. Chez toutes, le mal s'étendait, au maximum, aux limites de la muqueuse vaginale proprement dite; elles étaient donc dans les conditions que seules nous estimons favorables à l'hystérectomie vaginale.

Elles étaient dans un état général variable, depuis l'atteinte à peine appréciable jusqu'à l'affaiblissement le plus marqué.

Elles étaient d'âge extrêmement variable; la plus jeune n'avait pas vingt-trois ans, et la plus âgée avait dépassé soixante-dix ans.

Chez toutes, l'examen histologique a montré qu'il s'agissait bien d'un cancer du corps ou du col, et parfois des deux simultanément.

Les opérations, auxquelles nous avons participé, ont été entourées des précautions anté- et post-opératoires que nous avons minutieusement décrites plus haut. Elles ont été point par point l'application de la technique que nous avons longuement exposée.

Or, les résultats opératoires ont été ceux-ci : 52 malades ont guéri de l'opération, sans accident digne d'être relevé; une seule a succombé. Celle-ci était la plus âgée, elle avait dépassé soixante-dix ans. Venue de la campagne à une période très avancée d'un cancer du corps qui n'avait eu jusque-là aucun soin, pas même de propreté, elle était dans un état d'épuisement très avancé. Elle dut être opérée plus tôt que nous ne l'eussions souhaité; malgré toutes les précautions prises avant et pendant l'opération, la mort survint le troisième jour, avec des phénomènes de parésie intestinale due, à n'en pas douter, à une infection péritonéale.

Sauf cet insuccès, tous les autres cas ont donné un succès opératoire complet.

Donc, l'hystérectomie vaginale s'est dans tous nos cas montrée conforme au portrait que nous en avons tracé : rapidité d'exécution, absence d'accidents, guérison facile; tous les avantages de la méthode se sont trouvés réalisés.

Au point de vue thérapeutique, les résultats sont plus discutables; mais à ce point de vue l'hystérectomie vaginale ne s'est pas montrée inférieure aux autres méthodes thérapeutiques applicables au cancer utérin.

Une seule de nos premières opérées a survécu

au delà de trois années; elle est encore vivante aujourd'hui et ne présente pas trace de récurrence. Parmi les autres, un certain nombre ont échappé à notre observation ultérieure, d'autres sont trop récemment opérées pour avoir récidivé. En ne tenant compte que des malades opérées il y a quatre ans, ou trois ans, nous pouvons dire que la moyenne de la survie chez les malades que nous avons pu suivre a oscillé entre dix-huit mois et trente mois. Quelques-unes avaient déjà succombé à la récurrence au bout de la première année.

L'examen de ces survies ne comporte aucune remarque particulière qui n'ait été faite et signalée par tous les auteurs. C'est moins la forme et la nature histologique du cancer qui paraît influencer la récurrence que l'âge des malades; c'est chez les plus jeunes que la récurrence est le plus rapide et la marche le plus promptement envahissante. Il faut aussi tenir grand compte de l'époque où les malades ont été opérées : opération tardive équivaut à récurrence précoce. Toutefois, nous devons noter que chez une malade de quarante-deux ans, le mal était si récent, si limité au voisinage de l'orifice utérin, si imparfaitement caractérisé encore que des doutes s'étaient élevés dans l'esprit de bons opérateurs et de cliniciens expérimentés. Et pourtant cette femme récidivait dans les parois vésicales et rectales dix-huit mois à peine après l'hystérectomie vaginale et mourait moins de deux ans après avoir été opérée. Dans presque tous les cas, c'est au niveau de la vessie, du rectum, du fond du vagin que s'est faite

l'apparition de nouveaux noyaux cancéreux ; dans trois cas, il y eut une extension rapide du cancer à tout le vagin ; dans un cas, le mal se propagea à l'intestin qui s'ouvrit dans le vagin et laissa s'écouler par cette voie les matières fécales.

CONCLUSIONS

De l'exposé ci-dessus, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° L'hystérectomie vaginale consiste dans l'ablation, par le vagin, de l'utérus en totalité et des annexes.

2° L'hystérectomie vaginale est plus rapide que l'hystérectomie par la voie abdominale. Si habile que soit un laparotomiste, si attentive et exercée que soit son assistance, si parfait que soit son outillage, il ne peut enlever un utérus et les annexes, refaire une bonne suture de la paroi à triple plan, même en un seul plan, en un temps inférieur à quarante minutes au moins.

En dix, vingt, vingt-cinq minutes au grand maximum, si le cas est un peu difficile, une hystérectomie vaginale pourra être achevée complètement par un chirurgien convenablement exercé.

3° Les risques de contamination du péritoine sont réduits à leur minimum, grâce au drainage par voie

déclive, que réalisent la position, les pinces placées sur les ligaments larges et les mèches intrapéritonéales et vaginales.

4° L'hystérectomie vaginale n'offre aucun des inconvénients de la laparotomie. Pas de ligatures, donc pas de fils qui pourraient s'éliminer. Pas d'éventration post-opératoire, accident toujours à craindre chez les malades opérés par la voie haute, et à peu près inévitable si pour une cause quelconque, hémorragie, infection, on a été obligé d'établir un drainage pariéto-abdominal.

5° Elle ne mérite, en vérité, aucun des reproches qu'on lui a adressés ; l'examen des faits le démontre d'une manière péremptoire.

6° Elle ne doit être mise en œuvre qu'avec une bonne technique, des soins anté et post-opératoires soigneux et en se conformant aux indications et contre-indications.

Pour qu'elle donne son meilleur rendement, il faut que le mal n'ait pas envahi les organes voisins, rectum, vessie, intestin ; il faut que la muqueuse vaginale soit intacte ou au début même de son envahissement ; il faut, enfin, que l'utérus ait conservé sa mobilité. Chaque fois que ces conditions ne sont pas réalisées, il y a contre-indication à l'hystérectomie.

7° L'hystérectomie vaginale est aussi peu meurtrière qu'on peut le souhaiter. La mortalité opératoire, dans

les faits que nous avons observés, a été réduite au strict minimum. La mort n'est survenue qu'une fois sur 53 cas, et dans ce cas il n'était guère permis d'espérer un succès opératoire.

Au point de vue thérapeutique, l'hystérectomie vaginale, dans nos observations, ne s'est pas montrée sensiblement supérieure aux autres méthodes thérapeutiques; mais elle ne leur a pas été inférieure, de sorte qu'elle garde à son bénéfice tous les autres avantages que nous lui avons reconnus.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUDRON (E.). — De l'hystérectomie vaginale. *Thèse de Paris*, 1894.
- BECCUEREL. — Traité clinique des maladies de l'utérus. Paris, 1859.
- BONHOTE-HENDERSON. — Note sur l'hystérectomie abdominale pour cancer du col et sur sa mortalité immédiate. *The British medical Journal*, 1908.
- BOULLY. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1890, t. XVI, p. 500, p. 520; 1891, t. XVII, p. 478, p. 658.
- BOVIS (R. de). — Les interventions exploratrices, désinfectantes, palliatives dans le cancer utérin, sont-elles dangereuses? *Semaine médicale*, 1909, p. 38.
- BUMM. — Zur Technik der abdominalen extirpation des Karzinomatösen Uterus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905.
- CHAPUT. — L'hystérectomie vagino-sacrée. *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1910, p. 735.
- COURTOIS-SUFFIT. — Rôle des ganglions dans l'infection et dans le cancer. *Bulletin médical*, 1901, p. 445.
- DELBET (Pierre). — Maladies de l'utérus, in *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*. Paris, 1897.
- DEMONS. — *Revue de Chirurgie*, août 1884; *Arch. générale de médecine*, septembre 1883.
- DOCHE. — De l'extirpation totale de l'utérus par le vagin dans les cas de cancer. *Thèse de Bordeaux*, 1884.
- DOYEN. — Traitement chirurgical des affections inflammatoires et néoplasiques de l'utérus et des annexes, 2^e édition. Paris, 1893.
- Affections néoplasiques de l'utérus et de ses annexes. *Cong. périod. intern. de Gyn. et d'Obst.*, Bruxelles, 1893, p. 164.
- DUPARQUE. — Traité théorique et pratique sur les altérations organiques, simples et cancéreuses de la matrice. Paris, 1835.
- EWENPREIS. — Opération de Schuchardt-Schauta. *Thèse de Paris*, 1910.

FAURE (J.-L.). — Traitement du cancer des organes génitaux de la Femme. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, juin, 1908; *Semaine médicale*, 1908, p. 476.

FERRET. — *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*, 1887, p. 291.

FRANZ. — Des opérations pour récidence du cancer utérin. *Arch. f. Gyn.*, 1908, t. LXXX.

FROMME. — La cystoscopie et le pronostic de la laparo-hystérectomie appliquée à la cure du cancer utérin. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1908; in *Journal de Chir.*, 1908.

FUSIER. — Essai sur le diagnostic et le traitement du cancer utérin. *Thèse de Paris*, 1876.

GENDRIN. — Mémoire sur l'ablation de l'utérus. Paris, 1829.

GOMET. — De l'hystérectomie vaginale en France. *Thèse de Paris*, 1886.

HANNES. — De la valeur des renseignements fournis par la cystoscopie au point de vue des indications et du pronostic de l'hystérectomie abdominale pour cancer. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1908, t. LXII.

HERGOTT. — Thèse d'agrégation, 1878; extirpation de la matrice. Esquisse historique : opération princeps de Sautez, Paris, 1885.

IMBERT et PIÉRI. — Sur l'extirpation utéro-vaginale totale. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 15 novembre 1905.

JACOBS. — De l'hystérectomie vaginale. *Ann. de Gyn.*, 1892, t. XXXVIII, p. 423.

JAYLE. — Résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie pour cancer de l'utérus. *Rev. de Gyn. et de Chir. abd.*, 1908, t. XII.

JAYLE et PAPIN. — De la dégénérescence néoplasique des ovaires dans le cancer de l'utérus. *Rev. de Gyn. et de Chir. abd.*, 1904.

JUNIOR-VITRAC. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, juin 1898.

KRAMER. — Des organes lymphatiques des organes génitaux féminins et de leurs modifications dans le cancer. *Ann. de Gyn.*, 1904.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, Paris, 1904.

LAFOURCADE. — De l'hystérectomie vaginale dans les suppurations péri-utérines. *Thèse de Paris*, 1893.

LANDOU. — *Soc. obs. et gyn. de Berlin*, 13 juillet 1898.

LISFRANC. — Maladies de l'utérus. Paris, 1836.

MALAPERT. — Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. *Thèse de Paris*, 1893.

MARCHAND. — *Soc. de Chirurgie*, 13 juin 1892.

MARJOLIN. — Art. Cancer. *Dict. en 30 vol.*

MAUCLAIRE. — Manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. *Ann. de Gyn.*, 1893, t. XXXIX, p. 253.

MENETRIER. — Cancer. In *Nouveau traité de méd. et de thérapeutique*.

OFFERGELD. — Le cancer de l'utérus et ses métastases dans les organes à sécrétion interne. *Arch. f. Gyn.*, 1909.

OLSHAUSERS. — *Arch. f. Gyn.*, I.

OLTRAMARE (M^{me}). — Généralisation aux voies lymphatiques du cancer utérin. *Ann. de Gyn.*, 1892, p. 271.

PAUCHET. — Thèse Paris, 1896.

PÉAN. — *Gaz. des Hôpitaux*, 2 juillet 1885 et 6 juillet 1886, t. IV des leçons de clinique chirurgicale, Paris, 1885. Communicat. au X^e Congrès international de Berlin. *Ann. de Gyn.*, 1890, t. XXXIV, p. 110. *Bull. de l'Académie de Méd.*, 1890, t. XXIV, p. 9.

POLAILLON. — *Ann. de Gyn.*, juillet 1882 *Maladies des femmes*, Paris, 1901.

POLLOSSON. — Hystérectomie avec évidemment pelvien. *Lyon chirurgical*, 1909.

PROUST. — Opération de Schuchardt-Schauta. *Presse méd.*, 1907, n^o 22.

POZZI. Traité de gynécologie clinique.

POTHERAT (E.). — Congrès français de chirurgie. Paris, 1893. Congrès de Budapest, 1909. Congrès français de chirurgie, Paris 1909.

QUÉNU et DUVAL. — Technique opératoire de la colpo-hystérectomie totale par voie combinée périnéo-abdom. *Rev. de chirurgie*, 1908.

RÉCAMIER. — Recherches sur le traitement du cancer. Paris, 1829.

RICHELOT. — Union médicale, juillet 1886. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1891, t. XVII, p. 185 et 654. Manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. *Arc. gén. de méd.*, 1893.

SCHAUTA. — Résultats à longue échéance de l'extirpation du cancer du col utérin par la voie vaginale élargie. *Journ. de Chirurgie*, 1909.

SCHRAEDER (Carl.). — Maladies des organes génitaux de la femme, 3^e édition (France, 1899).

SCHUCHARDT. — Ueber die paravaginale Methode der extirpation uteri und ihre Enderfolge beim Uteruskrebs. *Monatsch. f. Geb. und Gyn.*, 1901, t. XIII.

SÉCHEYRON. — Traité d'hystérectomie. Paris, 1889.

SÉDILLOT. — Traité de médecine opératoire. Paris, 1846.

SEGOND. — De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1891, t. XVII.

— Les hystérectomies totales, vaginales et abdominales dans le cancer de l'utérus. *Th. de Bigeard*, 1889.

— Les suppurations pelviennes. *Cong. franc. de Chirurgie*. Paris, 1893, t. VII; *Congrès de Genève*, 1896.

— Considérations sur l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer utérin. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1895, t. XXV.

— Congrès de Budapest, 1909.

— Cliniques de la Salpêtrière, 1909-1910.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Bulletins et Mémoires, 1885 et 1886.

SOUPAULT et LABBÉ. — Etude sur les altérations et le rôle des ganglions lymphatiques dans le cancer épithélial. *Revue de méd.*, 1908.

TARRAL (C.). — Mémoire sur l'ablation de l'utérus. Paris, 1829.

TRÉLAT. — *Bullet. Acad. de médecine*, 1885.

WEIBEL. — Les lésions des uretères à la suite des hystérectomies larges pour cancer de l'utérus. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1908, t. LXII.

WERTHEIM. — Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. *Rapport au Congrès de Rouen*, 1902.

— Les ganglions lymphatiques dans le cancer de l'utérus, *Zeitschr. f. Gyn.*, 1903. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Vienne*, 1904.

WYDER. — *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1890.

ZWEIFEL. — Nouveau procédé pour l'extirpation de l'utérus cancéreux.
Zentralbl. f. Gyn., 1909.

Vu par le président de la thèse :

P. SEGOND.

Vu :

Le Doyen : L. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer.

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

